



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EN LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN CENTERAVID Y
CETAC CUENCA 2016**

PROYECTO DE INVESTIGACION
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORAS: TATIANA PATRICIA PATIÑO GUARACA
0302603873

ADRIANA MELISA PLACENCIA OCHOA
0105197420

DIRECTORA: MGS. RUTH XIMENA ALTAMIRANO CÁRDENAS
.0301732152

ASESORA: MGS. DOLORES AMPARITO RODRIGUEZ SANCHEZ
.0103001855

CUENCA-ECUADOR

2017

RESUMEN

Según la revista CUIDARTE el consumo de sustancias psicoactivas ocasionan una gran preocupación global, constituyendo un hecho complejo que abarca factores variados como los personales, familiares y sociales, con gran incidencia en la salud, la educación y la seguridad pública. (1)

El estudio de la revista Colombiana de Psiquiatría señala la existencia de factores biológicos, psicológicos, socioculturales, en el que la familia también juega un papel muy importante; fenómenos como la violencia intrafamiliar, pautas de crianza inadecuadas, modelos parentales negativos de consumo, poca atención de los padres a sus hijos, entre otras.(2)

Objetivo General: Determinar los factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios de los Centros de Rehabilitación CENTERAVID Y CETAC Cuenca 2016.

Metodología: Fue un estudio de tipo descriptivo; con universo finito de los Centros de Rehabilitación Centeravid y Cetac Cuenca 2016, previo permisos. Luego aplicamos una encuesta que fue previamente validada cuya información se analizó.

Resultados: El sexo predominante fue el masculino con el 99 % de los encuestados. El tipo de sustancia más consumida fue el alcohol (61 %), seguido de la cocaína/pasta base (37,1 %) y de la marihuana (29,5 %). Los factores asociados al consumo fueron psicológicos, sociales, individuales, familiares y culturales

Conclusión: Esta investigación nos permitió identificar los factores que influyen al consumo de las sustancias psicoactivas.

Palabras Claves: TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CONSEJO NACIONAL DE CONTROL DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS, CENTRO TERAPEUTICO DE RECUPERACION AMOR Y VIDA, CENTRO TERAPEUTICO DE ADICCIONES CUENCA

ABSTRACT

According to the magazine CUIDARTE, the consumption of psychoactive substances produce a great global concern making it a complex fact. It involves diverse and varied factors such as: personal, familiar and social with a great effect in health, education and public security.

The descriptive study of the magazine Colombiana de Psiquiatria shows the existence of biological, psychological, and sociocultural factors in which the family also plays an important role. There are phenomena such as domestic violence, inadequate raising patterns, negative parental consumption guide, and attention deficit from parents to children among others.

General Objective: To determine the factors that influence in the psychoactive substances consumption in the rehabilitation centers CENTERAVID and CETAC, Cuenca 2016.

Methodology: It was a descriptive study. It had a finite universe on the rehabilitation centers CENTERAVID and CETAC Cuenca 2016 with a previous permission to the legal representatives. Afterwards, a survey was applied which was previously analyzed and validated.

Results: The predominant sex was the male one with a 99% of the survey respondents. The type of substance consumed the most was alcohol (61%), followed by cocaine (37, 1 %), and as the last one marihuana (29, 5). The factors that have influenced were psychological, social, individual, familiar and cultural.

Conclusion: This study allowed us to identify the factors that influence to consume psychoactive substances

Key Words: DISORDERS RELATED TO THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES, NATIONAL COUNCIL OF CONTROL OF NARCOTIC AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES, THERAPEUTIC CENTER FOR RECOVERY LOVE AND LIFE, CUENCA ADDICTION THERAPEUTIC CENTER



Contenido

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	13
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.	15
CAPÍTULO II	17
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 ANTECEDENTES	17
2.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.	18
FACTORES PSICOLÓGICOS	18
FACTORES INDIVIDUALES	18
FACTORES SOCIALES	19
FACTORES FAMILIARES	19
FACTORES CULTURALES	19
2.3 DEFINICIONES DE DROGA	20
2.4 ADICCIÓN	21
2.5 FORMAS DE CONSUMO	22
2.6 TIPOS DE DROGAS	23
□ DEPRESORES	23
□ ALUCINÓGENO	24
□ ESTIMULANTES	25
2.7 MARCO REFERENCIAL	26
2.7.2 CENTRO DE REHABILITACIÓN CETAC	27
PERFILES ESPECIFICOS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	27
CAPÍTULO III	28
3.2 OBJETIVO GENERAL	28
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
CAPÍTULO IV	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO	29
4.1 TIPO DE ESTUDIO	29
4.2 ÁREAS DE ESTUDIO	29
4.3 UNIVERSO	29
4.4 CRITERIOS	29
INCLUSIÓN	29
EXCLUSIÓN	29
4.5 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	29
4.6 PROCEDIMIENTO	30
4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	30



4.8 ASPECTOS ÉTICOS	31
4.9 RECURSOS HUMANOS	31
CAPÍTULO V	32
5.1 RESULTADOS	32
5.2 DISCUSIÓN	60
CAPÍTULO VI	66
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
6.1 CONCLUSIONES	66
6.2 RECOMENDACIONES	67
CAPÍTULO VII	68
7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
7.2 ANEXOS	78
ANEXO 1	78
CONSENTIMIENTO INFORMADO	78
ANEXO 2	80
ENCUESTA	80
ANEXO 3	85
OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	85

RESPONSABILIDAD

Yo, Tatiana Patricia Patiño Guaraca, autora del proyecto de investigación **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN CENTERAVID Y CETAC CUENCA 2016**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, 09 de febrero del 2017



Tatiana Patricia Patiño Guaraca

CI. 0302603873

RESPONSABILIDAD

Yo, Adriana Melisa Placencia Ochoa, autora del proyecto de investigación **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN CENTERAVID Y CETAC CUENCA 2016**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, 09 de febrero del 2017



Adriana Melisa Placencia Ochoa

CI. 0105197420

DERECHOS DE AUTOR

Yo, Tatiana Patricia Patiño Guaraca, autora del proyecto de investigación **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN CENTERAVID Y CETAC CUENCA 2016**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal C, de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciado en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 09 de febrero del 2017



Tatiana Patricia Patiño Guaraca
CI. 0302603873

DERECHOS DE AUTOR

Yo, Adriana Melisa Placencia Ochoa, autora del proyecto de investigación **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN CENTERAVID Y CETAC CUENCA 2016**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal C, de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciado en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 09 de febrero del 2017



Adriana Melisa Placencia Ochoa
CI. 0105197420

AGRADECIMIENTO

Principalmente queremos agradecer a Dios por brindarnos la sabiduría y ser nuestra guía durante la etapa académica.

A la Universidad de Cuenca, Facultad de Medicina, Carrera de Enfermería, por darnos la oportunidad de llevar a cabo nuestros estudios en tan distinguida Institución.

De igual forma a la Directora de Tesis MGS. Ruth Ximena Altamirano Cárdenas y a nuestra Asesora MGS. Amparito Rodríguez Sánchez quienes con su profesionalismo nos proporcionaron sus vastos conocimientos para poder perfeccionar nuestro proyecto de investigación.

De igual manera hacemos extensiva nuestra gratitud y agradecimiento a los centros de rehabilitación “CENTERAVID” y “CETAC” quienes nos ayudaron en forma desinteresada para lograr cumplir nuestros objetivos.

LAS AUTORAS

DEDICATORIA

Este sencillo trabajo fruto de mi esfuerzo lo dedico en primer lugar a Dios y a mi querida madrecita morenita “Virgen de Guadalupe” quienes con su divina providencia me supieron guiar en este largo camino de estudiante dándome esa fuerza, sabiduría para seguir adelante y lograr culminar mi carrera que es muy importante en mi vida.

También dedico de todo corazón a mis padres Lcdo. José Patiño P y a mi querida madre Prof. Carmen Guaraca que con su paciencia y comprensión me dieron aliento en los momentos más difíciles, para seguir luchando y cumplir con mis sueños, anhelos, levantándome en mis caídas, dándome ánimos para salir adelante, mil gracias por hacer de esta persona lo que hoy soy.

A mi esposo Marco Morocho quien me brindo su cariño y sobre todo su paciencia apoyándome en los momentos más difíciles, estado siempre a mi lado en las buenas y en las malas. A mi querida y adorada hija Emily Morocho quien es mi fuente de inspiración, mi pilar fundamental en todos estos años, es mi fuerza para seguir luchando cada día, la alegría que mis ojos ven cada amanecer por ella es lo que hoy soy y el ejemplo a seguir.

A mis hermanos que me apoyaron en todos los momentos que más los necesite por su paciencia brindada.

A todos mis amigas, familiares y docentes de la Universidad de Cuenca que me brindaron su apoyo incondicional para poder ver plasmado mi ideal profesional.

TATIANA PATIÑO

DEDICATORIA

En primer lugar agradezco a Dios por darme la fortaleza necesaria y haberme acompañado en mi diario vivir ya que sin él no hubiese sido posible llevar a cabo este trabajo para poder cumplir con mi sueño más anhelado el ser una profesional y brindar mis servicios a las personas que lo necesitan.

Especialmente este proyecto va dedicado a mis verdaderos amores mis hijos Damaris y Mateo, quienes han sido mi fuerza y mi motivación para seguir mis estudios y no rendirme antes de culminarlos, siendo las personitas que siempre van a estar conmigo y por los cuales tengo que vivir y trabajar para sacarlos adelante y sean unas personas de bien y siempre sentirme orgullosa de poder haberlos guiado por el buen camino enseñándoles que para conseguir lo que uno se propone hay que luchar mucho y que la vida no es fácil.

De igual manera dedico a mis padres Martín y Lorena que con su apoyo incondicional y amor siempre fueron mi pilar fundamental para poder salir adelante rebasando todos los obstáculos que se me presentaron a lo largo de mi vida, ya que sin su ayuda no hubiera podido llegar a ser lo que hoy en día soy.

ADRIANA PLACENCIA

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

“El problema del consumo de sustancias psicoactivas o las llamadas comúnmente drogas legales e ilegales ya no es nuevo en el mundo, menos aún para los países de América Latina incluido el Ecuador. Culminado el siglo XX e iniciando el siglo XXI, todos los países de Latinoamérica se ven afectados por el uso masivo de sustancias ilegales que se concentra en la población joven y que por ello se convierte en una amenaza en el presente y futuro de las naciones.”(3)

“Existen una serie de factores de riesgo que pueden llevar a una persona a consumir sustancias psicoactivas. Sin embargo, cuando estos factores interactúan entre ellos y con las características personales, pueden generarse condiciones de riesgo estables, que establecen una condición de vulnerabilidad.” (4)

Los factores que influyen en el consumo varían enormemente, en función del individuo, tipo de droga y del contexto social. Diferentes personas pueden utilizar distintas drogas por el mismo motivo, o la misma persona por diferentes motivos; una misma persona puede alternar diversos motivos para consumir una droga determinada. (5)

Entre los factores de consumo se hallan: el espíritu de curiosidad inherente a la condición humana, la búsqueda continua de sensaciones placenteras, la condición integral y las influencias que ejercen los otros. En otros casos podemos encontrar que el consumo se realiza como estímulo para llevar a cabo tareas difíciles o con objeto de huir de la realidad no gratificante. (5)

Esta es una forma de búsqueda de afiliación, con imitación de conductas, que a veces se impone desde el propio grupo de amigos en el que se participa. Presión social, a veces producida desde la publicidad. Desinhibición, superación de la vergüenza. El consumo actuaría como un modelo de imitación y expresividad de la edad adulta. (6)

El uso de sustancias psicoactivas no solo afecta al individuo vulnerable sino también a su familia y al conjunto de la sociedad. Es un hecho que la familia a lo largo de su historia ha venido experimentando continuas transformaciones por la influencia de factores externos, históricos, culturales, políticos, demográficos y en estos últimos años la migración, eventos que han venido afectando la estabilidad familiar sumado a la crisis moral. (7)

“Consecuentemente, los costos por el uso indebido de drogas son enormes, tanto en el área económica como en lo personal, familiar y social; lo que compromete a los profesionales de la salud en actividades concretas de prevención de los agravios y de promoción de la salud, en sus diferentes niveles de atención.” (8)

El presente estudio se basó en la investigación directa a los usuarios de los diferentes Centros de Rehabilitación, para que con su vivencia podamos identificar los factores que influyeron al consumo de las sustancias psicoactivas.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

“El abuso de estas sustancias es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. En Chile, desde el año 1994, se realizan estudios por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONSEP), que demuestran la magnitud del problema.”(9)

“El mayor consumo se concentra entre los 19 y 25 años. En este grupo etario, el consumo de alcohol y tabaco, aumenta, alcanzando en el año 2008 prevalencias de vida de 87,2% y 77,2% respectivamente. Con respecto a marihuana, pasta base y cocaína, las prevalencias de vida del año 1994 aumentaron de 21,3% a 42,2%, de 3,2% a 4,1% y de 4,8% a 9,4% respectivamente, en el año 2008.” (9)

“Las muertes relacionadas con las drogas representan entre el 0,5% y el 1,3% de la mortalidad independientemente de la causa a nivel mundial entre las personas de 15 a 64 años de edad.” (10)

“Ecuador está ubicado en el puesto número 14, con el 1,5%, de entre 19 países del continente americano, con mayor prevalencia de uso de marihuana en la población general de entre 12 y 64 años; y en el quinto puesto de incidencia en el consumo de pasta base de cocaína, con el 0,95%, según el último informe del uso de drogas en las Américas, elaborado por el Observatorio Interamericano sobre Drogas, bajo la dirección de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Cicad).” (11)

Según las fuentes estadísticas obtenidas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, el panorama actual de consumo de sustancias psicoactivas alcanza hoy el tercer lugar entre los problemas de salud en el mundo. En el año 2006, Cuenca ocupa el tercer lugar en consumo de ciertas sustancias, a nivel nacional, con un 6% de la población total. (12)

¿Cuáles son los factores que influyen al consumo de las sustancias psicoactivas?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática que afecta a gran cantidad de personas, tanto a nivel nacional como a nivel internacional, trayendo consigo serias repercusiones no sólo para la persona que consume sino para quienes le rodean. Actualmente es considerado un problema de salud pública que le compete a todos/as. (13)

“El uso indebido de las sustancias psicoactivas, tiene un crecimiento acelerado que no respeta sexo, edad, raza, clases sociales y que ha invadido el hogar, los lugares de trabajo, las instituciones educativas e inclusive la calle.”(3)

“Muchos factores negativos que los rodean como: la incomprensión, el maltrato intra familiar, el rechazo, la falta de comunicación, las dificultades escolares, la pobreza extrema, el desamor hacen que los mismos se refugien en el consumo de ciertas sustancias las cuales en muchos casos crean adicción a las mismas ocasionando daños perjudiciales para su salud.”(3)

“El ambiente social en el que se ubica el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, la convivencia, las actitudes, los valores y percepciones del consumo, son variables que ayudan a explicar el problema y a partir de ellas tratar de llegar a una posible solución.”(14)

Una de las prioridades en el Ecuador es la reducción del consumo de alcohol, tabaco, fármacos y drogas ilícitas en la población en general, en especial en niños, niñas y adolescentes. (15)

Con el fin de analizar la realidad de la adicción de una manera más cercana, nos propusimos identificar, mediante esta investigación los factores que influyeron al consumo de las sustancias psicoactivas en los usuarios de dichos Centros de Rehabilitación.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

“Desde hace algunos años se vienen realizando diversos estudios de carácter eminentemente epidemiológico sobre el consumo de las sustancias y sobre los factores asociados a este consumo. La investigación epidemiológica define la naturaleza, el horizonte y la secuencia de la progresión desde el inicio del consumo hasta el abuso o adicción y puede identificar aquéllos segmentos de la población que son más vulnerables al consumo y abuso de sustancias y los factores asociados que contribuyen a esa vulnerabilidad.” (16)

“El consumo de sustancias psicoactivas puede verse desde muchas ópticas, algunas contradictorias, otras complementarias. Una de las tantas posibilidades en el discurso se orienta hacia la idea de que basta la presencia de una droga y de un sujeto para que se desencadene la adicción; por lo tanto, la sustancia y el consumidor representan un peligro para el orden social.”(17)

“El estudio del consumo de las sustancias psicoactivas implica un alto grado de dificultad, dadas las diferentes posiciones ideológicas, las consideraciones históricas, culturales y económicas, las políticas de Estado, no siempre fundamentadas en el conocimiento sobre lo que son y representan las sustancias psicoactivas (Davis, 2005).” (18)

“El uso de sustancias es un problema que atañe al sector salud, porque el consumo de psicoactivos afecta la salud del consumidor, le predispone para ser víctima o agente de violencia y accidentes en general, tiene efectos sobre las diferentes estructuras sociales y la calidad de vida de las comunidades.”(16)

2.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Según Fernández Hermida y Secades los factores de riesgo son aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, resultan predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas, mientras que los factores de protección son aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas. (19)

FACTORES PSICOLÓGICOS

Existen estudios e investigaciones en el que los individuos inestables, inseguros, con baja autoestima, o que padecen algún trastorno psiquiátrico son más vulnerables a la adicción.

Además señalaríamos como factores predisponentes importantes y que se pueden encontrar en toda la población general, independientemente de las clases sociales, problemas en habilidades sociales y comunicación, dificultades en ser asertivos, dificultades relacionales, personas muy influyentes por el entorno, etc. (20)

FACTORES INDIVIDUALES

Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, etc.; conforman un sujeto único. (16)

Se ha documentado que la baja autoestima, la insuficiente asertividad, la incapacidad de controlar los impulsos, las actitudes antisociales y las estrategias de afrontamiento ineficaces implican un mayor riesgo de consumir sustancias ilícitas.

El sexo masculino es el predominante para el consumo de drogas con el 85,5 % sobre el femenino, guardando relación con lo reportado por la National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA), quienes encuentran al sexo masculino con el 34,7 %, con mayor experimentación en tabaco, alcohol y marihuana con respecto a las mujeres el 25,7 % y, concuerda también con los reportes de la Oficina Nacional Antidrogas de

Venezuela (ONA) durante 2006-2007 donde el sexo masculino prevaleció en 91,0 %. (21)

FACTORES SOCIALES

La esfera social supone una fase de desarrollo donde el individuo configura su identidad frente al grupo de pares, lo cual lo puede llevar a adoptar modelos de comportamiento arriesgados, lo que incluye el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol, hoy en día, es tolerado por la sociedad, incluso aprobado.

A pesar que no sólo la dependencia del alcohol sino que también otras formas de consumo son nocivas para la salud del individuo, la mirada de la sociedad frente al consumo y la dependencia es diferente. (22)

FACTORES FAMILIARES

La disfunción familiar está caracterizada por patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, sistema familiar en crisis o un escenario disfuncional enmarcado por el abuso de alcohol y otras drogas en el hogar. Se ha asociado a los primeros consumos en los adolescentes.

En el ámbito familiar destacan el consumo de sustancias ilícitas en el seno de la familia, la permisividad, las prácticas inadecuadas de funcionamiento familiar, la rigidez o la inconsistencia de las pautas normativas y disciplinarias, así como las relaciones distantes y frías, el rechazo o la hostilidad o, al contrario, el aglutinamiento y la falta de diferenciación entre los miembros de la familia. (23)

FACTORES CULTURALES

El modismo es particularmente importante, la adolescencia es influenciada por su propio estilo. Se suma a esos factores el deseo de pertenecer a un grupo, la opinión de amigos, el modelo social (mundo adolescente como producto, reproducción del mundo adulto), la facilidad de acceso a las drogas, los modelos de ídolos y la posibilidad de un ambiente propicio para la experimentación de drogas. (24)

“La televisión y el internet han hecho que los jóvenes consideren parte de su vida los valores de sexo, droga y música admitiendo abiertamente el uso de drogas, lo que da a los jóvenes ideas equivocadas sobre los efectos del uso de drogas y conceptos erróneos que influyen en la experimentación y el uso indebido.” (21)

DISPONIBILIDAD PARA CONSEGUIR DROGAS

“Las calles o los parques son los lugares que con más frecuencia se obtienen diferentes drogas; el 49% que usa marihuana, el (47%) que usa inhalantes, el 31% que usa cocaína adquirieron las drogas en estos lugares; las fiestas son lugares comunes para adquirir la marihuana en un (25%), en tanto que las discotecas sólo fueron lugares importantes para la adquisición de la cocaína en un (12%)”. (21)

2.3 DEFINICIONES DE DROGA

“Según la Organización Mundial de la Salud “Droga psicoactiva, es toda sustancia de origen natural, químico o medicamentoso y que, por su composición, al ser introducida al organismo viviente, mediante cualquier vía de administración (oral, nasal, endovenosa, entre otras) genera alteraciones o trastornos en el sistema nervioso central.

Causa efectos nocivos, siendo capaz de inducir la auto administración ante el consumo continuo y prolongado, estableciéndose alteraciones fisiológicas duraderas ya sea de tolerancia y/o abstinencia para finalmente cristalizar en un patrón de abuso / dependencia.”(25)

Para algunos autores, como Fernández-Espejo (2002) una droga es "toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir para experimentar la recompensa que produce, que es sensación de placer, euforia, alivio de la tensión, etc."

“Así, el término droga se utiliza para referirse a aquellas sustancias que provocan una alteración del estado de ánimo y son capaces de producir adicción.

Este término incluye no solo las sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco, el alcohol o las bebidas que contienen derivados de la cafeína o la teofilina, como el café o el té; además de sustancias de uso doméstico o laboral como las colas, los pegamentos y los disolventes volátiles.”(26)

2.4 ADICCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. (27)

“La dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

DEPENDENCIA FÍSICA: es cuando el organismo se vuelve necesitado de las drogas, el cual cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA: es el estado de euforia que se siente al momento de consumirse la droga, que lleva a buscar nuevamente su consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, el cual va experimentando un desplome emocional cuando no la consigue.”(28)

“Para poder hablar de dependencia física y psicológica las personas presentan tres o más de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

- Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).
- Dificultades para controlar dicho consumo.
- Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.

- Tolerancia.
- Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia.
- Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.” (29)

2.5 FORMAS DE CONSUMO

“Consumo Experimental

Es el consumo que tiene por objeto “probar” los efectos de las sustancias. Una vez que se ha experimentado, la persona decide si continua o interrumpe el consumo.

El consumo de carácter experimental es propio de adolescentes y jóvenes, que al desconocer los efectos de distintas drogas, tienen deseos de experimentar con ellas. Es bastante frecuente realizar este comportamiento con el grupo de amigos, bien sea el habitual o bien con otros amigos que ya hayan experimentado con drogas.

Consumo Habitual

Se entiende por habitual el uso frecuente de una droga, con objeto de obtener sus efectos.

Consumo Ocasional

Es el uso esporádico de la sustancia, sin frecuencia ni intensidad fija. Es decir, los efectos ya son conocidos para la persona, que decide volver a probar la sustancia de vez en cuando, pero sin que sea algo frecuente o habitual.

Consumo Compulsivo

El consumidor se encuentra habitualmente bajo los efectos de la sustancia y organiza su vida en torno al consumo. Son evidentes las consecuencias adversas que esto puede ocasionar para el individuo que consume de este modo, ya que supone un

deterioro de su organización personal y a la vez desórdenes orgánicos relacionados con el consumo de la droga en particular”. (19)

2.6 TIPOS DE DROGAS

- **DEPRESORES**

ALCOHOL

“Este depresor del sistema nervioso central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales es la droga legal de más alto consumo y cuenta con un mayor número de adictos, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado en nuestra cultura.

El consumo de alcohol es aceptado socialmente; sin embargo, tiene consecuencias físicas, familiares y sociales muy importantes”. (30)

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas pueden ser:

- Fermentadas:** vino, cerveza y sidra. Tienen una graduación entre los 4º y los 15º. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales.

- Destiladas:** son el resultado de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que tienen mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra tienen entre 40º y 50º. Esto supone que el 40% o el 50% de lo que se bebe es alcohol puro. (31)

HEROÍNA

“Llamada así por sus cualidades "heroicas", ya que adormece todo sentimiento de temor, constituye probablemente la droga que provoca mayor adicción, ya que su efecto suele ser el más fuerte de todos los opiáceos, y su síndrome de abstinencia aparece en menos tiempo que con las demás sustancias.

Es la droga que provoca mayor adicción, ya que su efecto suele ser el más fuerte de todos los opiáceos, y su síndrome de abstinencia aparece en menos tiempo que con las demás sustancias.

Las personas con dependencia soportan mejor los efectos secundarios de la droga, dado que en la primera toma después del efecto placentero sigue un estado de malestar generalizado, que no debe confundirse con el síndrome de abstinencia. Pasividad y reducción de impulsos agresivos son consecuencias típicas del tóxico, pese a la acción euforizante que también posee. Tomada por vía nasal o fumada, la heroína se asemeja en sus efectos a la morfina. (32)

- **ALUCINÓGENO**

MARIHUANA O HIERBA

La marihuana es una sustancia psicoactiva obtenida del cannabis sativa, un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, pudiendo llegar una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís, y de sus hojas la marihuana. Se consume preferentemente fumada, aunque pueden realizarse infusiones, con efectos distintos.

Su componente psicoactivo más relevante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Un cigarrillo de marihuana puede contener 150 mg. de THC, y llegar hasta el doble si contiene aceite de hachís, lo cual según algunos autores puede llevar al síndrome de abstinencia si se consume entre 10 y 20 días.

La tolerancia está acreditada, siendo cruzada cuando se consume conjuntamente con opiáceos y alcohol. Respecto a la dependencia, se considera primordialmente psíquica. Los síntomas característicos de la intoxicación son: ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnios, muy similares a los de las benzodiacepinas. (33)

- **ESTIMULANTES**

LA COCAÍNA

“La cocaína es un alcaloide que se obtiene a partir de las hojas del árbol de la coca, arbusto denominado técnicamente “erytroxilon coca”.

Se puede utilizar fumándola, aspirándola junto con el humo de los cigarrillos, pero la vía de administración más generalizada es la inhalación directa a través de las fosas nasales, mediante un canutillo por el cual se aspira una hilera de polvo de cocaína. Es una droga extremadamente adictiva, cuyos efectos se perciben en un lapso de 10 segundos y duran alrededor de 20 minutos. Actúa directamente sobre los centros cerebrales.” (13)

La cocaína estimula el sistema nervioso central, actuando directamente sobre el cerebro. Sus efectos fisiológicos inmediatos son: sudoración, aumento en la potencia muscular, midriasis, incremento de actividad cardíaca y presión sanguínea, dilatación de los vasos sanguíneos periféricos, convulsiones, aumento en el ritmo respiratorio y de la temperatura corporal. Estos síntomas pueden provocar la muerte por paro cardíaco o fallas respiratorias. (34)

EL CRACK

También denominado "cocaína del pobre", acarrea un grave riesgo social y sanitario, por la dependencia que provoca y los efectos nocivos que ocasiona en el organismo.

“Se obtiene de la maceración de hojas de coca con kerosene y compuestos sulfurados, que lavada posteriormente con ciertos elementos volátiles, se convierte en el clorhidrato de cocaína. La denominada base es un tóxico de mayor potencial nocivo que la cocaína, posee impurezas que impiden su administración endovenosa”. (34)

Dado que el crack se fuma, ingresa rápidamente al torrente sanguíneo, produciéndole al individuo una sensación de euforia, pánico, insomnio y la necesidad de buscar residuos de crack en cualquier parte; este efecto es conocido vulgarmente como “El mal del pollo” o “Puntosis” y se puede presentar en menos de diez segundos a partir de haber consumido la droga. (35)

ÉXTASIS

Droga estimulante de la familia de las anfetaminas (Metanfetamina) que “contiene principalmente MDMA (Metilendioximetanfetamina), produce efectos estimulantes y ectonígenos (empatía social), con frecuencia las pastillas de éxtasis contienen otras metanfetaminas.

Estas sustancias se sintetizan en todo o en buena parte en laboratorios.

Normalmente se toman por vía oral y su aspecto es variado, ya sea en comprimidos, tabletas o cápsulas de variados colores e ilustraciones.

Es de muy fácil adulteración. Su consumo involucra serios riesgos para la salud, especialmente cuando se mezcla con otras sustancias, por ejemplo el alcohol”. (36)

2.7 MARCO REFERENCIAL

2.7.1 CENTRO DE REHABILITACIÓN CERTAVID

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA CLINICA: Centeravid está ubicado en la dirección calle 2 de agosto 2-11 y avenida de las Américas sector sur.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES: Es privado y funciona a nivel del país.

TELEFONO: 2387048

MOVIL: 0984734902/0984810685

E-MAIL: info@centeravid.com

EQUIPO TECNICO PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIO

NOMBRE	CARGO
Sandy Tello	Psiquiatra
Rubén Sarmiento	Psicólogo Clínico
Moisés Yanayaco	Terapista Vivencial



Diana Auquilla	Trabajadora Social - Directora Técnica
Arturo Vélez	Médico
Santiago Solís	Terapeuta Espiritual

2.7.2 CENTRO DE REHABILITACIÓN CETAC

PERFILES ESPECIFICOS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

EDAD: Edades comprendidas entre 18 y 65 años de edad.

SEXO: Masculino

TIPO DE CONSUMO: Alcohol, drogas y sustancias psicoactivas.

CONDICIONES DE ADMISIÓN: No presentar alteración mental como esquizofrenia, demencia u otro deterioro cognitivo.

UBICACIÓN

CETAC se encuentra ubicado en la vía a Mayancela diagonal a UPC N°6

TELEFONO: 074132840

E-MAIL: cetacomunidad@hotmail.com

EQUIPO TÉCNICO PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIO

NOMBRE	CARGO
Angelita Chalaco	Psiquiatra
María José Illescas	Psicóloga – Directora Técnica
Fernanda Cordero	Psicóloga

Ligia Fernández

Trabajadora Social

Fernanda Rodríguez

Médico

CAPÍTULO III

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios de los Centros de Rehabilitación CENTERAVID y CETAC Cuenca 2016.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las condiciones demográficas (sexo, edad, residencia, estado civil, escolaridad, ocupación) de los usuarios que acuden a los centros de rehabilitación CENTERAVID Y CETAC.
- Identificar el tipo de sustancias y frecuencia de consumo de los usuarios que acuden a los centros de rehabilitación CENTERAVID y CETAC.
- Identificar los factores que influyen al consumo de sustancias psicoactivas de los usuarios que acuden a los centros de rehabilitación CENTERAVID y CETAC.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación es cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal.

4.2 ÁREAS DE ESTUDIO

Las áreas de estudio son los Centros de Rehabilitación CENTERAVID y CETAC

4.3 UNIVERSO

UNIVERSO: Incluye a 105 usuarios de los diferentes Centros de Rehabilitación CENTERAVID y CETAC Cuenca 2016, en edades comprendidas desde los 18 años hasta los 65 años.

4.4 CRITERIOS

INCLUSIÓN

Usuarios de 18 a 65 años que acuden a rehabilitación a los centros.

Usuarios que aceptaron responder las encuestas y firmar el consentimiento informado.

EXCLUSIÓN

Usuarios internos que presentan trastornos psiquiátricos.

4.5 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La información se obtuvo a través de una encuesta realizada directa a los usuarios mediante un cuestionario tomado del CONSEP y adaptados con preguntas y respuestas acerca de los factores que influyen al consumo de ciertas sustancias, previo al consentimiento de cada Centro y usuarios.

4.6 PROCEDIMIENTO

Para realizar el presente trabajo investigativo; primeramente dimos a conocer a las autoridades del Centro Terapéutico de Recuperación “Amor y Vida” (CENTERAVID) y Centro Terapéutico de Adicciones Cuenca (CETAC), quienes nos proporcionaron su autorización para el ingreso a sus diferentes instalaciones.

Para este estudio, inicialmente identificamos a los usuarios pertenecientes a cada Centro, luego realizamos un acercamiento e inter-relación con cada uno de ellos, nos presentamos e indicamos el procedimiento a realizar y dimos a conocer nuestros objetivos expuestos en la investigación, el tiempo de duración de la encuesta fue alrededor de 20 minutos.

El trabajo investigativo fue supervisado por la Mgs. Ruth Ximena Altamirano Cárdenas y la Mgs. Dolores Amparito Rodríguez Sánchez con conocimientos y experiencias, bajo la responsabilidad del grupo de estudio, garantizando el bienestar de los participantes. Teniendo una buena acogida y apoyo a participar con su presencia y colaboración en el llenado de las encuestas a realizarse.

4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La información obtenida será procesada en el programa SPSS. 15.0, Excel, y Word. Se obtuvo los siguientes resultados estadísticos: frecuencia, porcentaje, y razón de prevalencia, la información se presentará en tablas simples y de doble entrada.

Los pasos que seguimos para realizar la investigación fueron los siguientes:

- Estructurar la ficha de la encuesta.
- Realizar la encuesta
- Tabular la encuesta.
- Analizar la encuesta.
- Elaboración de datos estadísticos y tablas

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Contamos con el consentimiento informado de los usuarios para poder realizar las encuestas garantizando la confidencialidad de la información suministrada. La participación del grupo de estudio no tuvo costo ni pago alguno.

4.9 RECURSOS HUMANOS

➤ DIRECTOS

AUTORAS:

Tatiana Patricia Patiño Guaraca

Adriana Melisa Placencia Ochoa

DIRECTORA: MGS. Ruth Ximena Altamirano Cárdenas

ASESORA: MGS. Dolores Amparito Rodríguez Sánchez.

➤ INDIRECTOS

GRUPO DE ESTUDIO

Usuarios de los Centros de Rehabilitación.

DIRECTORAS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN

- Dra. María José Illescas (CETAC)
- Lcda. Diana Auquilla (CENTERAVID)

CAPÍTULO V

5.1 RESULTADOS

1. Caracterización de la muestra.

Tabla 1. Distribución de 105 pacientes de los centros de rehabilitación Centeravid y Cetac según el sexo, edad y escolaridad, Cuenca 2016.

SEXO	N	%
Masculino	104	99,0
Femenino	1	1,0
Total	105	100,0
GRUPO DE EDAD		
≤ 19 años	10	9,5
20 a 35 años	72	68,6
36 a 45 años	12	11,4
46 a 65 años	11	10,5
> 65 años	0	0,0
Total	105	100,0
ESCOLARIDAD		
Ninguna	0	0,0
Primaria	23	21,9
Secundaria	60	57,1
Superior	22	21,0
Total	105	100,0

Fuente: Datos de Formulario
Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

En la tabla 1 de los 105 pacientes encuestados el 99 % corresponde al sexo masculino y el 1 % al femenino. La edad promedio fue de 29,5 años con un rango entre 18 y 61 años, de los que el 68,6 % estuvieron entre 20 y 35 años. Los demás grupos de edad se observaron en similar proporción entre 9,5 y 11,4 %. Además de los datos se observa que el mayor porcentaje de personas encuestadas tuvo un nivel de escolaridad secundaria (57,1 %). En proporción más baja le siguen los de escolaridad primaria (21,9 %) y los de nivel superior (21 %). No hubo en la muestra analizada ningún paciente sin escolaridad.

Tabla 2. Distribución de 105 pacientes de los centros de rehabilitación Centeravid y Cetac según estado civil y ocupación, Cuenca 2016.

ESTADO CIVIL	N	%
Soltero	55	52,4
Unión libre	16	15,2
Casado	23	21,9
Divorciado	11	10,5
Viudo	0	0,0
Total	105	100,0
OCUPACIÓN		
Estudiante	16	15,2
Empleado público	15	14,3
Empleado privado	28	26,7
Profesional independiente	27	25,7
Jubilado	1	1,0
Labores del hogar	1	1,0
Ninguno	17	16,2
Total	105	100,0

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

Se observa que de 105 pacientes un poco más de la mitad (52,4 %) eran solteros al momento del estudio. Le siguieron los que estaban casados (21,9 %), los de unión libre (15,2 %) y los divorciados (10,5 %). No se presentó en la muestra analizada ningún viudo o viuda. Al separar además por ocupación, los empleados privados y los profesionales independientes representaron más de la mitad de la muestra (26,7 % y 25,7 % respectivamente). Un 16,2 % no tuvo ninguna ocupación al momento del estudio, un 15,2 % eran estudiantes y 14,3 % empleados públicos. En menor proporción estuvieron los jubilados y aquellos que realizan labores del hogar con 1 % cada uno.

Tabla 3. Distribución de los 105 pacientes según su respuesta a la pregunta: En su opinión: ¿Cuál droga es más peligrosa?, Cuenca 2016

DROGA MÁS PELIGROSA	N	%
Depresoras	25	23,8
Alucinógenas	11	10,5
Estimulantes	2	1,9
Depresoras y alucinógenas	4	3,8
Alucinógenas y estimulantes	1	1,0
Todas	62	59,0
Total	105	100,0

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

En la tabla 3 se observa que la mayoría de los pacientes considera que todas las drogas son muy peligrosas representando el 59 % de los 105 encuestados. A este grupo le sigue el 23,8 % de los pacientes que consideran que las drogas depresoras son las más peligrosas y las alucinógenas en un 10,5 %. Muy pocos señalaron que las combinaciones de depresoras y alucinógenas (3,8 %), las alucinógenas y estimulantes (1,0 %) serían las de más cuidado.

Tabla 4. Distribución de los 105 pacientes según su respuesta a la pregunta: En su opinión ¿Las personas consumen drogas cuando se sienten deprimidos o ansiosos?, Cuenca 2016

¿El consumo se realiza en estados de ansiedad o depresión?	N	%
Sí	91	86,7
No	14	13,3
Total	105	100,0

Fuente: Datos de Formulario
Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De la tabla 4 se observa que una gran mayoría considera que los estados de ansiedad y depresión se relacionan con el consumo de drogas (86,7 % de los 105 pacientes). Solo 13,3 % de la muestra indica que no a esta interrogante.

Tabla 5. Distribución de los 105 pacientes según su respuesta a la pregunta: ¿Quién le ofreció su primera droga?, Cuenca 2016

Procedencia de la primera dosis	N	%
Amigo(a)	80	76,2
Hermano(a)	2	1,9
Enamorado(a)	0	0,0
Primo(a)	8	7,6
Tío(a)	3	2,9
Vecino(a)	2	1,9
Cuñado(a)	1	1,0
Papá	0	0,0
Mamá	1	1,0
Otros	8	7,6
Total	105	100,0

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

La mayoría de los 105 encuestados reconoce que la primera dosis provino de un amigo (76,2 %), y en menor medida se encontraron aquellos que accedieron a las drogas a través de algún familiar como primo/a (7,6 %), tío/a (2,9 %), hermano/a (1,9 %) y madre (1,0 %). Aproximadamente 1,9 % recibió la primera droga de vecinos, 1,0 % de cuñado/a y 7,6 % de otras personas.

Tabla 6. Distribución de los 105 pacientes según su edad de inicio del consumo de drogas, Cuenca 2016

EDAD DE INICIO	N	%
≤ 14 años	38	36,2
15 a 18 años	55	52,4
> 18 años	12	11,4
Total	105	100,0

Fuente: Datos de Formulario
Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De la tabla 6 se observa que la mayoría de los pacientes empezó su consumo antes de los 18 años, especialmente en la edad comprendida entre 15 a 18 años (52,4 %) y los menores de 14 años (36,2 %). Solo el 11,4 % de los encuestados comenzó su consumo después de los 18 años. La edad promedio de inicio del consumo fue 15,37 años, siendo la edad mínima a los 8 años y la máxima a los 30 años.

Tabla 7. Distribución de los 105 pacientes según las drogas consumidas con más frecuencia, Cuenca 2016

TIPOS DE DROGAS CONSUMIDAS	N	%
Marihuana*	31	29,5
Alcohol*	64	61,0
Cocaína o base de cocaína*	39	37,1
Pepas	6	5,7
Marihuana + alcohol	13	12,4
Marihuana + cocaína	15	14,3
Cocaína + alcohol	9	8,6
Marihuana + alcohol + cocaína	6	5,7
Otras	6	5,7

*: Indica todos los que consumen en combinaciones o no con otras drogas

Fuente: Datos de Formulario
Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

La tabla 7 muestra que la droga más consumida entre los 105 participantes en el estudio fue el alcohol (61 %), seguido por la pasta base y el clorhidrato de cocaína (37,1 %) y la marihuana (29,5 %). Un grupo significativo de pacientes consumía estas drogas en combinaciones, siendo las combinaciones más frecuentes la marihuana con cocaína (14,3 %), marihuana con alcohol (12,4 %), la cocaína con alcohol (8,6 %). En menor proporción se encontró a los pacientes que consumían con frecuencia éstas tres drogas (5,7 %). Declaran además el consumo de pepas un 5,7 % de los participantes, y similar cantidad declaró otras drogas.

Tabla 8. Distribución de los 105 pacientes según el comportamiento agresivo bajo los efectos de la droga y las peleas en el hogar, Cuenca 2016

FRECUENCIA DE DISCUSIONES EN EL HOGAR	COMPORTAMIENTO AGRESIVO				Total
	Si		No		
	N	%	N	%	
Siempre	19	30,6	6	14,0	25
Casi siempre	17	27,4	10	23,3	27
A veces	26	41,9	19	44,2	45
Nunca	0	0,0	8	18,6	8
Total	62	100,0	43	100,0	105

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

En la tabla 8 se observa que más de la mitad de los pacientes (62 de 105) reconocen un comportamiento agresivo bajo los efectos de la droga consumida, mientras que el resto (43 de 105) indica que el consumo de estas sustancias no les afectaba en este aspecto. La mayoría (97 de 105 pacientes) refiere discusiones o peleas en el hogar de los que más de la mitad (52 de 97 pacientes) indica que éstas se dan casi siempre o siempre. Las peleas en el hogar predominaron en aquellos que tenían un comportamiento agresivo bajos los efectos del alcohol de los que el 58 % acepta que estas se presentaban siempre o casi siempre respecto a un 37,3 % de los que no consumían drogas. Además, el 100 % (8 personas) de los que plantean que en su casa no hay discusiones o peleas se encuentra entre aquellos que no poseen un comportamiento agresivo.

Tabla 9. Distribución de los 105 pacientes según su relación con la familia, Cuenca 2016

RELACIÓN CON LA FAMILIA	N	%
Buena	60	57,1
Regular	38	36,2
Mala	7	6,7
Total	105	100,0

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De los 105 pacientes, la mayoría (57,1 %) planteó que su relación con la familia era buena, un 36,2 % indicó una relación regular, y un 6,7 % mala.

Tabla 10. Distribución de los 105 pacientes según los antecedentes familiares, accesibilidad y consumo frecuente, Cuenca 2016

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO	N	%
Sí	62	59,0
No	43	41,0
Total	105	100,0
FÁCIL ACCESO EN LUGAR DE RESIDENCIA		
Sí	89	84,8
No	16	15,2
Total	105	100,0
¿CONSUMÍA FRECUENTEMENTE ESTAS SUSTANCIAS?		
Sí	93	88,6
No	12	11,4
Total	105	100,0

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

En la tabla 10 se muestra que de los 105 pacientes predominaron aquellos con antecedentes familiares de consumo problemático de drogas (59,0 %), respecto a los que no tenían estos antecedentes (41,0 %). También se denota la fácil accesibilidad (84,8 %) y el consumo frecuente de estas sustancias (88,6 %).

Tabla 11. Distribución de 105 pacientes según sus respuestas a: ¿Cuándo se sentía triste o tenía problemas a quien solía acudir por un consejo?, Cuenca 2016

¿A QUIÉN ACUDE?	N	%
Papá	5	4,8
Mamá	19	18,1
Hermanos	2	1,9
Amigos	39	37,1
Profesional	4	3,8
No acude a nadie	36	34,3
Total	105	100,0

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

La tabla 11 indica que los pacientes accedían con mayor frecuencia a los amigos (37,1 %) cuando tenían algún problema, un 18,1 % accedía a su mamá, y en un porcentaje menor iban donde su papá (4,8 %) o sus hermanos (1,9 %). Solo el 3,8 % se dirigía con mayor frecuencia a un profesional mientras que el 34,3 % no acudía a nadie. Del total analizado, solo un 24,8 % acudía a familiares mientras que los demás o no acceden nadie o lo hacen a personas ajenas al ámbito familiar.

Tabla 12. Distribución de 105 pacientes según sus respuestas a: En su opinión ¿Cuáles son las razones principales para que una persona consuma las diferentes clases de drogas?, Cuenca 2016

RAZONES PARA CONSUMIR	N	%
Para olvidar problemas	43	41,0
Para sentirse bien	19	18,1
Para experimentar nuevas sensaciones	11	10,5
Por placer	14	13,3
Por problemas en el hogar	11	10,5
Por presión social	10	9,5
Por abandono de los padres	7	6,7
Por problemas económicos	7	6,7
Por falta de cariño	15	14,3
Todas las razones anteriores	32	30,5

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

En la tabla 12 se observa que el 41 % de los 105 pacientes encuestados identificó como dentro de las razones para consumir el olvidar los problemas, seguido por el 30,5 % que indicó que todas las razones expuestas son válidas para iniciar y continuar el consumo de drogas. El 18,1 % indicó que consumía para sentirse bien, mientras que el 14,3 % por falta de cariño y un 13,3 % por placer. En menor medida se encontraron como razones experimentar cosas nuevas y los problemas del hogar (con 10,5 % cada uno), la presión social (9,5 %), el abandono de los padres y problemas económicos (ambos con una frecuencia de 6,7 %).

Tabla 13. Distribución de los 105 pacientes según la importancia de la salud y qué hace en sus momentos libres, Cuenca 2016

ACTIVIDAD DE OCIO	IMPORTA LA SALUD				
	N	SÍ		NO	
		N = 96	%	N = 9	%
Deporte	43	41	42,7	2	22,2
Leer	21	21	21,9	0	0,0
Ver películas	30	29	30,2	1	11,1
Otras actividades	42	36	37,5	6	66,7

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

La tabla 13 demuestra que la gran mayoría de los 105 pacientes considera importante el cuidado de su salud (96 personas). Además la actividad de ocio preferida fueron los deportes (43 personas), seguido de otras actividades. Entre los que dieron importancia a la salud, predominaron aquellos que practicaban deportes y otras actividades, mientras que entre los que no tenían interés por su salud, predominaron los que realizaban otras actividades de ocio.

2. Cruce de variables e identificación de factores asociados.

Tabla 14. Tipo de droga consumida vs. Edad de los pacientes, Cuenca 2016

DROGA CONSUMIDA	GRUPO DE EDAD							
	≤ 19 años		20 a 35 años		36 a 45 años		46 a 65 años	
	N = 10	%	N = 72	%	N = 12	%	N = 11	%
Marihuana	4	40,0	23	31,9	0	0,0	4	36,4
Alcohol	4	40,0	44	61,1	11	91,7	5	45,5
Cocaína/base de cocaína	5	50,0	30	41,7	1	8,3	3	27,3
Otras	4	40,0	5	6,9	3	25,0	0	0,0

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De la tabla 14 se observa que la frecuencia según grupo de edad varía para cada tipo de droga. La sustancia más consumida entre los jóvenes menores de 20 años fue la cocaína y la pasta base con una frecuencia del 50 %. En el grupo de 20 a 35 años, el consumo preferencial fue de alcohol (61,1 %) seguido de la cocaína y la pasta base (41,7 %). Para aquellos entre 36 a 45 años y entre 46 a 65 años lo fue el alcohol (91,7 % y 45,5 % respectivamente). Los de 36 a 45 años también consumieron con cierta frecuencia otras drogas, mientras que un 36,4 % de los mayores a 45 años consumió marihuana.

De igual manera se desea conocer si existe asociación entre el tipo de droga consumida y quién ofreció la misma (Tabla 15).

Tabla 15. Tipo de droga vs. ¿Quién la ofreció por primera vez?, Cuenca 2016

TIPO DE DROGA	¿QUIÉN OFRECIÓ LA PRIMERA DOSIS?						
	N	Amigos		Familiares		Otros	
		N	%	N	%	N	%
<i>Marihuana</i>	9	7	77,8	0	0,0	2	22,2
<i>Alcohol</i>	48	38	79,2	6	12,5	4	8,3
<i>Cocaína/pasta base</i>	19	17	89,5	2	10,5	0	0,0
<i>Combinaciones</i>	29	18	62,1	6	20,7	5	17,2

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

En esta tabla todas las drogas fueron propuestas en mayor cuantía por los amigos, sin embargo, el clorhidrato de cocaína y pasta base de cocaína fueron las que más se identificaron en este grupo poblacional representando el 89,5 % de todos los que consumieron esta sustancia, a ésta le sigue en frecuencia el alcohol (79,2 %), la marihuana (77,8 %) y las combinaciones (62,1 %). Los familiares se relacionaron más con el consumo de combinaciones de drogas (20,7 %) y el consumo de alcohol (12,5).

Para saber la posible relación de esta variable con el comportamiento agresivo se realizó la tabla 16.

Tabla 16. Relación entre la frecuencia de consumo de cada droga y sus combinaciones con el comportamiento agresivo bajo efecto, Cuenca 2016

DROGA CONSUMIDA	COMPORTAMIENTO AGRESIVO BAJO EFECTO			
	SI		NO	
	N	%	N	%
<i>Marihuana</i>	2	22,2	7	77,8
<i>Alcohol</i>	32	66,7	16	33,3
<i>Cocaína o base de cocaína</i>	10	52,6	9	47,4
<i>Combinaciones</i>	18	62,1	11	37,9

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

En la tabla 16 se observa que la droga que menos se asoció con el comportamiento agresivo fue la marihuana con un 22,2 % afirmando este comportamiento bajo sus efectos. En el caso contrario se encuentra el alcohol y las combinaciones de drogas que afectaron en este aspecto al 66,7 % y al 62,1 % respectivamente. La cocaína y la pasta base de cocaína también fueron más consumidas por aquellos con un comportamiento agresivo bajo efectos de la droga (52,6 %)

Se analizó además la relación entre el tipo de droga consumida y su facilidad de acceso (tabla 17).

Tabla 17. Tipo de droga respecto a si es fácil acceder a ella en la comunidad, Cuenca 2016

DROGA CONSUMIDA	ACCESO FÁCIL			
	Sí		No	
	N	%	N	%
<i>Marihuana</i>	8	88,9	1	11,1
<i>Alcohol</i>	38	79,2	10	20,8
<i>Cocaína o base de cocaína</i>	16	84,2	3	15,8
<i>Combinaciones</i>	27	93,1	2	6,9

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De las drogas consumidas la de más fácil acceso en la localidad donde viven las personas fueron la marihuana (88,9 %) y la cocaína y pasta base de cocaína (84,2 %). En menor proporción pero también con una frecuencia alta se encontró al alcohol con 79,2 % de los consumidores de esta sustancia. Las combinaciones de estas drogas son más frecuentes en cuanto a la facilidad de acceso que el consumo aislado de las mismas.

Se analiza además el consumo frecuente con el tipo de droga identificada por los pacientes (tabla 18).

Tabla 18. Tipo de droga según el consumo frecuente de las mismas, Cuenca 2016

DROGA CONSUMIDA	CONSUMO FRECUENTE			
	Sí		No	
	N	%	N	%
<i>Marihuana</i>	8	88,9	1	11,1
<i>Alcohol</i>	40	83,3	8	16,7
<i>Cocaína o base de cocaína</i>	17	89,5	2	10,5
<i>Combinaciones</i>	28	96,6	1	3,4

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

Todas las drogas analizadas se consumían de forma frecuente en más del 80 % de los encuestados. Los que utilizaban combinaciones (96,6 %) lo hacía con mayor frecuencia que los demás, seguidos de los que consumían cocaína y pasta base de cocaína (89,5 %), la marihuana (88,9 %) y el alcohol (83,3 %).

Se analizó además la relación entre el tipo de droga consumida y la percepción de los pacientes sobre la peligrosidad de las mismas (tabla 19).

Tabla 19. Percepción sobre la peligrosidad de las drogas y el tipo de sustancia consumida, Cuenca 2016

DROGA CONSUMIDA	DROGA MÁS PELIGROSA							
	DEPRESORAS (alcohol)		ALUCINÓGENAS (cocaína/base)		ESTIMULANTES (marihuana)		TODAS	
	N =25	%	N = 11	%	N = 2	%	N = 62	%
<i>Marihuana</i>	3	12,0	3	27,3	0	0,0	3	4,8
<i>Alcohol</i>	12	48,0	3	27,3	0	0,0	31	50,0
<i>Cocaína o base de cocaína</i>	3	12,0	4	36,4	0	0,0	12	19,4
<i>Combinaciones</i>	7	28,0	1	9,1	2	100,0	16	25,8

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De la tabla 26 se observa que en el grupo de personas que indican que las drogas con un efecto depresor como el alcohol son muy peligrosas, lo que consumen este tipo de sustancia son los que se presentan en mayor cuantía (48 %), seguidos por los consumen combinaciones (28,0 %). En el caso de los que indican que los alucinógenos como la cocaína y la pasta base de cocaína son las drogas más peligrosas, el mayor porcentaje también consume este mismo tipo de droga (36,4 %) seguido por los que consumen alcohol o marihuana (27,3 % en ambos casos). Las dos personas que señalaron a la marihuana como la más peligrosa, consumían combinaciones de sustancias, mientras que entre los que señalaron que todas las drogas son igualmente peligrosas, el 50 % consumía alcohol, el 25,8 % combinaciones, el 19,4 % cocaína o pasta base y solo el 4,8 % marihuana. De conjunto la tabla indica que el tipo de droga consumida por los pacientes se asocia con su percepción sobre la peligrosidad de la misma.

Como se indicó en párrafos anteriores, la edad de inicio del consumo osciló entre los 8 y 30 años en la muestra de estudio. A continuación se analiza la relación entre esta variable con algunos factores de importancia epidemiológica.

Tabla 20. ¿Quién ofreció la primera dosis? vs. Edad de inicio, Cuenca 2016

¿QUIÉN OFRECIÓ LA PRIMERA DOSIS?	N	EDAD (años)		
		Media	Mínimo	Máximo
Amigos	80	15,8	9	30
Familiar*	14	13,9	8	18
Otros**	11	14,4	11	26

*: Familiar se refiere a hermano/a, primo/a, tío/a, papá, mamá; **: Otros se refiere a enamorado/a, cuñado/a, vecino/a u otros no identificados.

Fuente: Datos de Formulario
Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De la tabla las personas que consumieron su primera dosis procedente de los familiares iniciaron a una edad menor que el resto (13,9 años), seguidos por los que fueron iniciados por enamorados, cuñados y vecinos (14,4 años), y por último por los amigos (15,8 años).

Con lo anterior se requiere conocer si el tipo de droga empleada depende además de la edad de inicio y del tiempo de consumo (Tabla 21).

Tabla 21. Tipo de droga consumida vs. Edad de inicio, Cuenca 2016

TIPO DE DROGA CONSUMIDA	EDAD DE INICIO (AÑOS)		
	Media	Mínimo	Máximo
Solo marihuana	16,3	9	19
Solo alcohol	15,2	11	22
Solo cocaína o pasta de cocaína	16,2	12	21
Combinaciones de drogas	14,8	8	30

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

Con los resultados obtenidos se puede decir que el consumo de combinaciones de drogas tiene una edad de inicio inferior (14,8 años) respecto al consumo de éstas de forma aislada (más de 15 años). Dentro de las tres drogas empleadas de forma más común, la ingestión de alcohol se inicia al menos un año antes que las demás (15,2 años respecto a 16,2 años la cocaína/pasta base y 16,3 años la marihuana).

Tabla 22. Tipo de droga consumida vs. Grupo de edad de inicio, Cuenca 2016

DROGA CONSUMIDA	GRUPO DE EDAD AL INICIO DEL CONSUMO						
	N	≥ 14 años		15 a 18 años		> 18 años	
		N	%	N	%	N	%
Marihuana	9	4	44,4	3	33,3	2	22,2
Alcohol	48	15	31,3	29	60,4	4	8,3
Cocaína o base de cocaína	19	6	31,6	9	47,4	4	21,1
Combinaciones	29	13	44,8	14	48,3	2	6,9

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De la tabla 22 se observa que el consumo de marihuana comienza fundamentalmente antes de los 15 años, el alcohol y la cocaína entre los 15 y 18 años, mientras que las combinaciones de estas drogas se iniciaron hasta los 18 años en un 93,1 % de los pacientes.

Se evaluó además la relación entre la edad de inicio y el acceso fácil en su zona de residencia (Tabla 23).

Tabla 23. Edad promedio de inicio del consumo de drogas según la accesibilidad y la frecuencia de consumo, Cuenca 2016

Acceso fácil	Edad de Inicio (años)	Diferencia (años)
Sí	15,2	+1,4
No	16,6	

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De la tabla 23 se observa que las personas que no disponen de un acceso fácil a las drogas en su comunidad, comienzan en promedio 1,4 años más tarde su consumo (16,6 años vs. 15,2 años respectivamente).

Se analizó también la relación entre la edad de inicio al consumo y si el mismo es de forma frecuente o no (Tabla 24).

Tabla 24. Edad promedio de inicio del consumo de drogas según la frecuencia de consumo, Cuenca 2016

Consumo frecuente	Edad de Inicio (años)	Diferencia (años)
Sí	15,1	+2,4
No	17,5	

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

De la tabla anterior se observa que las personas que no consumen frecuentemente éstas drogas comienzan unos 2,4 años más tarde respecto a los que si emplean las mismas de forma habitual.

Con esto se analizó la relación entre la edad de inicio del consumo y la presencia de discusiones en el hogar o la relación con la familia (Tabla 25).

Tabla 25. Edad de inicio del consumo de drogas con la presencia de discusiones en el hogar y la relación familiar, Cuenca 2016.

PELEAS O DISCUSIONES EN EL HOGAR	EDAD DE INICIO DEL CONSUMO (años)		
	MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO
Siempre	15,04	11	30
Casi siempre	14,85	8	22
A veces	15,56	9	20
Nunca	17,13	12	26

Fuente: Datos de Formulario
Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

Lo más llamativo de la tabla 25 es que las personas que manifiestan que nunca tuvieron o vieron en su hogar peleas o discusiones, empezaron el consumo de drogas aproximadamente dos años después (edad media de inicio de 17,13 años) que los que reportan estos problemas casi siempre (14,85 años) o siempre (15,04 años).

Se analiza con esto la relación entre la edad de inicio del consumo y la percepción de los encuestados sobre su relación familiar (Tabla 26).

Tabla 26. Relación o ambiente familiar y edad de inicio del consumo de drogas, Cuenca 2016.

RELACIÓN FAMILIAR	EDAD DE INICIO DEL CONSUMO (años)		
	Media	Mínimo	Máximo
Buena	15,62	9	30
Regular	15,18	8	26
Mala	14,29	11	18

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

La tabla 26 muestra claramente que las personas que evalúan de mala las relaciones con sus familiares empezaron aproximadamente un año antes el consumo de drogas (14,29 años) que aquellos con una relación buena o regular (15,62 años y 15,18 años respectivamente).

Asimismo, la relación entre de la edad de inicio y en quién confía por un consejo queda plasmada en la tabla 27.

Tabla 27. Relación entre edad de inicio y a quién acude por un consejo, Cuenca 2016.

¿A QUIÉN ACUDE...?	EDAD DE INICIO (años)		
	MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO
No acude a nadie	15,06	8	26
Familiares	15,65	11	22
Amigo/a	15,64	9	30
Profesional	13,75	12	15

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

Los pacientes que piden consejos a familiares y amigos cuando están en problemas o se sienten tristes tuvieron una edad de comienzo más tardía que los que accedieron a un profesional y los que no buscaron ayuda.

Con lo anterior se evaluó la posible asociación entre los antecedentes familiares con la edad de inicio de consumo de drogas (Tabla 28).

Tabla 28. Antecedentes familiares de consumo de drogas y edad de inicio, Cuenca 2016.

ANTECEDENTES FAMILIARES	EDAD DE INICIO (años)		
	MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO
SÍ	14,66	8	30
NO	16,40	12	26

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

La edad promedio de inicio de las personas que tuvieron antecedentes familiares de consumo de drogas fue aproximadamente dos años menor (14,66 años) a la de aquellos sin antecedentes (16,40 años).

Las tablas anteriores demuestran la relación entre consumo frecuente, antecedentes familiares y relación con la familia con la edad de inicio del consumo. Se decide así evaluar la relación entre estos factores riesgo (Tabla 29).

Tabla 29. Consumo frecuente vs. Relación con la familia y Antecedentes familiares de consumo, Cuenca 2016.

	CONSUMO FRECUENTE			
	Sí		No	
RELACIÓN CON FAMILIA	N =	%	N =	%
	93		12	
<i>Buena</i>	52	55,9	8	66,7
<i>Regular</i>	34	36,6	4	33,3
<i>Mala</i>	7	7,5	0	0,0
ANTECEDENTES FAMILIARES				
<i>Sí</i>	57	61,3	5	41,7
<i>No</i>	36	38,7	7	58,3

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

La tabla 29 demuestra que no hubo una gran diferencia entre los que consumían frecuentemente drogas y los que no respecto a la relación que mantenían con la familia, ya que el mayor porcentaje en ambos casos mantuvo una buena relación con ellos, seguido de los que tuvieron una relación regular. Esto no ocurrió así con los antecedentes familiares: los que consumían más frecuentemente tuvieron familiares consumidores en mayor frecuencia que los que no lo hacían.

La edad de inicio también se relacionó con la escolaridad de los pacientes como se muestra en la tabla 30.

Tabla 30. Nivel de escolaridad y edad de inicio del consumidor, Cuenca 2016.

Escolaridad	Edad de inicio (años)		
	Media	Mínimo	Máximo
Primaria	15,91	9	30
Secundaria	14,88	8	20
Superior	16,14	12	21

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

Los pacientes con un nivel superior de escolaridad comenzaron más tardíamente su consumo de drogas (16,14 años), mientras que los tenían una escolaridad secundaria lo hicieron más tempranamente (14,88 años). Los de escolaridad primaria iniciaron su consumo en una edad comprendida entre los 15 y 16 años.

La edad de inicio se asoció con el estado civil de los encuestados (Tabla 31).

Tabla 31. Edad de inicio respecto al estado civil de los pacientes, Cuenca 2016.

Estado civil	Edad de inicio (años)		
	Media	Mínimo	Máximo
Soltero	15,29	8	26
Unión libre	13,94	9	20
Casado	16,65	11	30
Divorciado	15,18	12	18

Fuente: Datos de Formulario

Elaborado por: Tatiana Patiño – Adriana Placencia

Los resultados indican que las personas casadas iniciaron el consumo de drogas a una edad mayor a 16 años, mientras que los que estaban en unión libre lo hicieron a una edad inferior a los 14 años. Los solteros y los divorciados iniciaron su hábito entre los 15 y 16 años.

5.2 DISCUSIÓN

En la revisión de la literatura local y nacional e internacionales realizada por las autoras no se encontró otro trabajo con la amplitud de variables y la muestra estudiada en la presente investigación. No obstante, se observaron algunos trabajos aislados con puntos de contacto con el presente que avalan los resultados obtenidos.

El presente estudio encontró que las personas que más asisten a los centros de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas son hombres. Esto concuerda con los resultados de estudios nacionales sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años y en la población de 12 a 65 años los que indican un predominio de los hombres entre aquellos que consumieron al menos una vez alcohol, cocaína, pasta base de cocaína, marihuana, entre otras. (37)(38)

Los pacientes evaluados tuvieron fundamentalmente un nivel secundario de enseñanza, trabajan de forma privada o son profesionales independientes así como las personas solteras, representando más de la mitad de los pacientes encuestados. Esto coincide con lo reportado a nivel nacional por el CONSEP y otras instituciones en el Informe del estudio nacional a hogares sobre consumo de drogas, donde los que tenían enseñanza intermedia o terciaria incompleta, así como los que trabajaban para empresas privadas o de manera informal y los que se encontraban sin pareja conyugal fueron los más afectados.(39)

En esta investigación se dio a conocer que la edad predominante de los pacientes fue de 18 a 30 años con aproximadamente dos de cada tres encuestados lo que concuerda con el IV Estudio Nacional sobre Uso de Drogas en Población de 12 a 65 años el que demostró que los grupos de edad de 18 a 26 años y de 26 a 35 años manifestaron las mayores frecuencias de consumo. (38)

Los resultados también coinciden con lo reportado por otros países de la región como Perú donde la edad de consumo de drogas ilegales se ubica fundamentalmente entre los 19 y 25 años y en Colombia donde la edad principal de mayor prevalencia para consumo de drogas legales como el alcohol fue mayor en el grupo de 18 a 35 años. (40)(41)

La gran mayoría de los pacientes concuerda en el presente estudio que todas las drogas son de similar peligrosidad, seguido por aquellos que consideran que las depresoras como el alcohol son las más riesgosas. Esto concuerda con un estudio nacional en el grupo de edad de 12 a 17 años que reconoce a la peligrosidad del consumo de alcohol dependiendo de su intensidad, y en el caso de otras drogas como la pasta base de cocaína y el clorhidrato de cocaína las clasifica de elevado grado adictivo, no así a la marihuana. (37)

En otro estudio en la población ecuatoriana de 12 a 65 años mencionado previamente se reconoce el uso frecuente de cocaína, marihuana, pasta base y embriagarse con alcohol, como de alto riesgo a la salud por más del 75 % de los encuestados. El consumo de una o dos veces pasta base de cocaína o clorhidrato de cocaína, también se consideró de muy alto riesgo por más del 60 % de la muestra analizada. (38)

Estos resultados concuerdan con lo reportado varios años antes donde el alcohol, los tranquilizantes y energizantes, la marihuana de consumo frecuente y la cocaína/pasta base de consumo frecuente se consideraban con un riesgo grande para la población. (39)

Actualmente se ha determinado la relación entre la dosis fatal (dosis necesaria para desencadenar una reacción aguda fatal) y la dosis efectiva (dosis necesaria para obtener el efecto deseado). La marihuana por ejemplo tiene una relación superior a 1000, lo que indica que para desarrollar un evento letal se requiere una dosis mayor a 1000 veces a la necesaria para sentir sus efectos estimulantes. Para el caso de otras drogas como el alcohol (depresor) esta relación es solo de 10, y la cocaína vía nasal (alucinógeno) de 15, mientras que para la heroína (depresora) es tan solo de 5 (43)

También se estableció un puntaje o *score* basado en criterios de expertos sobre la peligrosidad de las drogas, donde la cocaína en forma de crack, la heroína y el etanol se encuentran entre los primeros puestos de potencial daño a la salud, mientras el cannabis se observa con un riesgo moderado a bajo. (44)(45)

La gran mayoría de la muestra investigada reporta que el estado de ansiedad y depresión pueden desencadenar el consumo de drogas. A nivel internacional se reportan resultados que apoyan este hallazgo. Un trabajo previo realizado en

Colombia denota una correlación positiva entre la intensidad de la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas. (46)

Además la crisis de ansiedad especialmente entre adolescentes es uno de los factores de riesgo más importantes para el inicio y continuidad del consumo reconocido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (47)

En esta investigación se identificaron varios factores asociados al tipo de sustancia consumida y a la edad de inicio del consumo.

Uno de los factores identificados en el ámbito social fue la influencia de los amigos, especialmente en el tipo de sustancia consumida y el origen de la primera dosis. Esto concuerda con los estudios nacionales mencionados previamente, los que además indican que con éstas personas se consume de forma más frecuente, especialmente en las edades de 12 a 26 años. (38)(37)

En esta investigación más del 80 % de los encuestados indicó que en su lugar de residencia es fácil encontrar las drogas de su interés, lo que se asoció además con el tipo de sustancia que fundamentalmente se consumía. Datos del cantón Cuenca no concuerdan con esta observación ya que indican que algunas drogas ilícitas como la marihuana, la pasta base de cocaína y el clorhidrato de cocaína no son fáciles de encontrar o adquirir en comparación con otras zonas de Ecuador (un 15 % o menos de los encuestados refieren que es fácil encontrarlas).

Estos datos no tienen en cuenta si la persona encuestada es consumidora o no de las sustancias analizadas, lo que se conoce modula la facilidad de acceso a las sustancias (69,6 % de los consumidores la consiguen fácilmente vs. 21,1 % de los no consumidores, respectivamente). Esta observación se acerca más a lo observado en el presente estudio. (39)

La sustancia psicoactiva más consumida fue el alcohol como única droga o en combinación con otras (61 %), seguido de la cocaína y la marihuana en menor proporción. Ésta frecuencia depende de la edad, con el grupo de 30 a 40 años como el de mayor prevalencia. Varios estudios realizados en la provincia del Azuay identificó el consumo riesgoso de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios entre 17 y 37 años en aproximadamente. (48)

A nivel nacional Ecuador se reporta un consumo de 9,4 litros de bebidas alcohólicas por año, lo que es superior a la media latinoamericana, siendo el grupo de 15 a 19 años el de mayor prevalencia (71,7 %). En el caso del Azuay, la prevalencia en el grupo de 10 a 19 años es de 52 %. En la población de 20 a 59 años la prevalencia de consumo en todo el país es de aproximadamente el 90 %, mientras que en Azuay el consumo de al menos una vez en la vida es de 91 %.

Estos datos apoyan los resultados obtenidos en el presente trabajo sobre la elevada frecuencia en el consumo de esta droga en la muestra de estudio y su dependencia de la edad. (49)

En la muestra de estudio la edad de inicio del consumo se ubicó en los 15,37 años, con la mitad de los pacientes empezando entre los 15 y 18 años de edad. Además la edad de inicio se asoció significativamente con el tipo de droga consumida, el fácil acceso, los hogares disfuncionales, el consumo frecuente, entre otras variables.

Para la marihuana la edad de inicio de consumo fue de 16,3 años, este valor es superior al reportado en estudios recientes de 15,34 años para la provincia del Azuay. Por su parte para la cocaína y pasta de cocaína fue de 16,2 años también superior al reportado para esta provincia (15,33 a 15,45 años). En el caso del alcohol el inicio en la muestra de estudio fue a los 15,2 años mientras que en los resultados de otros estudios ubican esta fecha del primer consumo a los 14,12 años, muy inferior a la media nacional. (37)

Otros estudios con un margen de edad mayor indicaron que la media de edad al inicio del consumo de alcohol fue de 18,1 años, con el 60,7 % de todos los encuestados en el grupo de edad de 15 a 19 años. Para las demás drogas los resultados fueron 18,6 años para la marihuana, 20,2 años para la cocaína y 19,6 años para la pasta de cocaína. Éstos resultados sugieren un margen de edad bastante amplio para el inicio del consumo según el tipo de sustancia, lo que puede depender de múltiples factores al mismo tiempo. (39)

Algunos estudios en la región indican que la edad de comienzo del consumo de estas drogas y en particular del alcohol se está reduciendo dependiendo del sexo, ya que el inicio es más temprano en hombres que en mujeres. En el presente estudio solo se presentó una mujer por lo que el análisis al respecto es limitado. (50)(51)

Otro importante factor de riesgo identificado fue la persona que ofreció por primera vez la droga, denotándose a los amigos como los principales participantes. Los estudios nacionales consultados también apoyan esta observación. (38)(37)

Algunos autores le dan una gran relevancia al contexto comunitario y familiar lo que puede estar asociado a una presión social que se enfoca a ser aceptado por sus pares y familiares consumidores, los mismos que se observaron con mayor frecuencia en el presente estudio. (52)(53)

El acceso fácil (disponibilidad) y el consumo frecuente (necesidad) son dos factores también relacionados en el presente trabajo con la edad de inicio en el consumo de estupefacientes. Esto ya ha sido notado por otros autores, los que además consideran que la facilidad de acceso a las drogas se incrementa con la edad del consumidor. (54)

En cuanto a los efectos sobre la conducta se obtuvo que más de la mitad se comportaran agresivos durante los efectos de la droga consumida. En el Azuay se presume que la violencia doméstica se asocia significativamente con el consumo de algunos tipos de droga, especialmente el alcohol, lo que concuerda plenamente con lo obtenido en el presente trabajo, en el que las dos terceras partes de los que ingieren esta droga legal tuvieron al menos un comportamiento agresivo asociado. (55)

Estudios internacionales también denotan la importancia de esta droga como factor de riesgo para el daño ocasionado a terceras personas. Así en los *Score* analizados, esta droga es la que más puntuación tiene referida al daño ocasionado a los demás por accidente o por agresión. Estos planteamientos concuerdan con lo observado en esta investigación. (45)

La principal razón abordada acá para el consumo de drogas es la enfocada a olvidar problemas personales, asociándose además la edad de inicio con la presencia de discusiones en el hogar, una relación con la familia deteriorada y los antecedentes familiares de consumo. Los estudios nacionales identifican el clima y la disfuncionalidad familiar, la falta de vínculo afectivo y la desintegración social como factores de riesgo para el inicio al consumo de sustancias psicotrópicas. (39)(46)

A lo que se suman autores internacionales corroborándose la validez del hallazgo en la muestra de estudio. (50)(55)

A lo anterior se le puede agregar que una elevada proporción no acude a nadie cuando se encuentra en problemas, lo que puede deberse a que cerca de la mitad de los encuestados tenían relaciones regulares o malas con la familia en general. Así puede explicarse además que los que no acuden a nadie tengan una menor edad de inicio que los que van por consejo a familiares y amigos.

Por último llama la atención la elevada proporción de pacientes que indican que para ellos es importante el cuidado de su salud, practicando deportes un 41 % de todos los encuestados. Es conocido que la práctica de deportes puede ser un factor para prevenir el consumo de estas sustancias, por lo que los datos observados podrían ser más bien el resultado de las terapias de recuperación aportadas. (56)

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Objetivo	Conclusión
Determinar las condiciones demográficas (sexo, edad, residencia, estado civil, escolaridad, ocupación) de los usuarios que acuden a los centros de rehabilitación CENTERAVID Y CETAC.	<p>El sexo predominante fue el masculino con el 99 % de los encuestados.</p> <p>Predominó el grupo de edad de 18 a 30 años con el 69,6 % de los pacientes.</p> <p>Todos los participantes pertenecieron al cantón Cuenca.</p> <p>El 57,1 % de los participantes tuvo una escolaridad secundaria, seguido de aquellos con nivel primario (21,9 %) y los de nivel superior (21,0 %).</p> <p>La mayoría de los participantes era soltero (52,4 %) o casados (21,9 %). En menor frecuencia se presentaron los de unión libre y divorciados.</p> <p>Los empleados privados y los independientes abarcaron más del 50 % de la muestra de estudio, seguido por los estudiantes, los empleados públicos y aquellos sin ocupación.</p>
Establecer el tipo de sustancias y frecuencia de consumo de los usuarios que acuden a los centros de rehabilitación CENTERAVID y CETAC.	<p>El tipo de sustancia más consumida fue el alcohol (61 %), seguido de la cocaína/pasta base (37,1 %) y de la marihuana (29,5 %).</p> <p>El 88,6 % indicó que consumía estas drogas con frecuencia.</p>
Identificar los factores que influyen al consumo de sustancias psicoactivas de los usuarios que acuden a los centros de rehabilitación CENTERAVID y CETAC.	<p>Los factores asociados al tipo de sustancia consumida fueron la edad actual y de inicio del consumo, el aporte por parte de los amigos, el comportamiento agresivo especialmente para el consumo de alcohol, el acceso fácil y su consumo frecuente.</p> <p>Los pacientes que empezaron a consumir a menor edad se asociaron con el aporte de la primera dosis por la familia, el fácil acceso, la elevada frecuencia de consumo, los que tenían antecedentes familiares de consumo y el ambiente familiar deteriorado, los de nivel educacional secundario y aquellos en unión libre.</p>

6.2 RECOMENDACIONES

El presente estudio tiene un enfoque meramente descriptivo para identificar posibles factores de riesgo del consumo de drogas pero en el personal ya afectado por la misma. Se recomienda entonces que el trabajo se extienda a una población más amplia, en la que se puedan evaluar éstas y otras variables e instrumentos estandarizados a nivel local o nacional.

Sería de interés además evaluar por modelos estadísticos detallados la fortaleza de asociación entre los factores de riesgo identificados y el desarrollo de adicciones en muestras de casos y controles no consumidores.

CAPÍTULO VII

7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canales Quezada Gregoria Francisca. Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. Revista CUIDARTE, [S.I.], v. 3, n. 1, Dec. 2012. ISSN 2216-0973. (Citado 26 Nov 2016); Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/20/681>.
2. Medina-Pérez Óscar Adolfo, Rubio Luz Adriana. Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2012 Julio [citado 2016 Dic 27]; 41(3): 550-561. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000300007&lng=en.
3. Loor Miranda Piedad del Carmen, Tigua Rizzo Janina Janeth. Tesis sobre los factores que influyen en el consumo de sustancias Psicotrópicas en los adolescentes de 13 a 14 años de edad en la réplica del Colegio Vicente Rocafuerte, 2014-2015 (Citado 2016 nov 10); Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9345/1/FACTORES%20QUE%20INFLUYEN%20EN%20EL%20CONSUMO%20DE%20SUSTANCIAS.pdf>.
4. Saravia J C, Frech H, Gutiérrez C, Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. Revista Peruana de Epidemiología 2014;181-7. (citado 27 Nov 2016); Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355003>.

5. Lorenzo Fernández Pedro. Drogodependencias. [Google Libros]. Ed 3, 2009 (Citado 28 nov 2016); 28: Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=O01ERd98HhsC&pg=PT44&dq=factores+asociados+al+consumo+de+sustancias+psicoactivas+introduccion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi7waONipfRAhUD4CYKHVvKQCIIQ6AEILTAE#v=onepage&q=factores%20asociados%20al%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas%20introduccion&f=false>.
6. Barahona Bustamante Sandra. Tesis sobre el mejoramiento de las relaciones familiares de los pacientes que se encuentran en rehabilitación en la clínica terapéutica “amor y vida” Centeravid en el periodo agosto 2011-febrero 2012. (Citado 12 Nov 2015). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/971/1/tof14.pdf>.
7. Segura Villalva Ana. Tesis La drogodependencia en la población infantil: un factor de desequilibrio socio-familiar. 2003 (Citado 2016 oct 20); Disponible en: <http://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/24000/251/1/IAEN-029-2003.pdf>.
8. Riofrío Guillén Rosa, Nascimento Lucila Castanheira. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Dic 28]; 18(spe): 598-605. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692010000700016>.
9. Sepulveda C M. Jacqueline, Roa S Jorge, Muñoz R Marcos. Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores socio demográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Jul [citado 2015 Nov 10]; 139(7): 856-863. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000700005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700005>.

10. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe Mundial de las Drogas 2012 (citado 07 diciembre 2015). Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
11. Datos estadísticos de uso de drogas en el Ecuador. www.telegrafo.com.ec [internet]. [Modificado 16 octubre del 2012 a las 19:11]; (citado 10 noviembre del 2015). Disponible en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/justicia/1/ecuador-esta-entre-los-ultimos-puestos-de-uso-de-marihuana>.
12. Bueno Stephanie, Solórzano Daniela. Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciatura en psicología clínica 2009. (Citado 20 Dic 2016). Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1191/1/07198.pdf>.
13. Aquilino Polaino Lorente, Javier de Las Heras, Cómo Prevenir el Consumo de Drogas. (citado 15 Nov 2015). Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=ovMMdVOihIUC&pg=PA133&dq=tipos+de+dr+ogas&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=tipos%20de%20drogas&f=false.
14. Figueredo de Mitjans Patricia Raquel. Tesis sobre la Prevalencia del Consumo de sustancias Psicoactivas en estudiantes universitarios de La universidad tecnológica intercontinental (utic) -Región central. Asunción-Paraguay Julio 2013. (Citado 2016 dic 2); Disponible en: <http://utic.edu.py/investigacion/attachments/article/119/Tesis%20Doctoral%20Patricia%20Figueredo.pdf>.
15. CONSEP segunda encuesta nacional a estudiantes de educación media sobre consumo de drogas 2005. (Citado 15 noviembre 2015). Disponible en: http://www.prevenciondrogas.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/investigaciones-ond/2005-2da-encuesta-estudiantes.pdf.

16. Laespada Teresa, Loseba Iraurgi, Aróstegi Elisabete. Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV, [Internet], IDD, Julio 2004 (Citado 24 oct 2016); Disponible en: http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf.
17. Velásquez Julio César, Scoppetta Orlando. Consumo de sustancias psicoactivas. [Internet].1997 (Citado 2016 Sep 09); Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvstox/e/fulltext/psico/psico.pdf>.
18. Scoppetta Orlando. LIBRO DROGAS.p65 - CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf. Consumo De Drogas En Colombia: Características Y Tendencias. [Internet]. Bogotá D.C., 2010. (Citado 15 oct 2016); Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>.
19. Fernández Bustos Patricia. “Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes”; Departamento de Psicopedagogía y Educación Física; Universidad de Alcalá 2010. (Citado 13 Abril 2016); Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9003/TESIS%20FINAL%20MAYO%202010.pdf?sequence=1>.
20. MERNEU: octubre 2011. Factores que predisponen a la adicción. Terapia, talleres de adicciones y habilidades sociales;(Citado Nov 11); Disponible en: http://psicotratamientodedrogas.blogspot.com/2011_10_01_archive.html.
21. Gómez Trelles Carlos Patricio, González Méndez Concepción Marcelina, González Méndez Rosa Liliana. Tesis previa a la obtención del título de licenciada y licenciado en enfermería. Factores que influyen al consumo de drogas en los estudiantes del instituto pedagógico intercultural Bilingüe “Quilloac”. Cañar, 2014.

(Citado Oct 18); Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20954/1/Tesis.pdf>.

22. Acosta Laura Débora, Fernández Alicia Ruth, Pillon Sandra Cristina. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 June [cited 2017 Feb 06] ; 19(spe): 771-781. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000700015>.

23. Díaz Negrete Bruno, García-Aurrecoechea Raúl. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2008 Oct [cited 2017 Feb 06]; 24(4): 223-232. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008001000001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008001000001>.

24. Gil Hilda Luz Bolaños, Mello Débora Falleiros de, Ferriani Maria das Graças Carvalho, Silva Marta Angélica Iossi. Opiniones de los adolescentes escolares sobre consumo de drogas: un estudio de caso en Lima, Perú. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 Aug [cited 2017 Feb 06] ; 16(spe): 551-557. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700008>.

25. Bravo Ortega Bernardita. Tesis con el tema Prevalencia y factores asociados al consumo de drogas en los y las adolescentes de los colegios nocturnos de la ciudad de Cuenca. 2010.(Citado 14 Nov 2016); Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3928/1/MASIA03.pdf>.

26. Conceptos básicos sobre drogas. Guía básica sobre los tipos de drogas, sus formas de consumo y sus consecuencias, editada por Projecte Home.(Citado 2016

Oct 23); Disponible en:

http://www.gadeso.org/sesiones/gadeso/web/14_paginas_opinion/sp_10000257.pdf.

27. Herrezuelo Orte Ana. Art Las Adicciones de la Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación. Ludopatía y Salud Mental [revista en la Internet]. 2015 Julio (Citado 2016 Dic 28). Disponible en:

http://www.onlinezurekin.net/archivos/revista/revista27_cas.pdf.

28. Cárdenas Zepeda Fernando. Info. La Drogadicción. (Citado 24 Dic 2016); Disponible en: [http://cir-info-](http://cir-info-2.wikispaces.com/file/view/Cardenas+Zepeda+Fernando.pptm)

[2.wikispaces.com/file/view/Cardenas+Zepeda+Fernando.pptm](http://cir-info-2.wikispaces.com/file/view/Cardenas+Zepeda+Fernando.pptm).

29. Pierral Romero Mary. Maestría online en la orientación de la conducta. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela. Adicciones 2015 Oct. (Citado 10 Nov 2016); Disponible en: <http://es.slideshare.net/mpierral/adicciones-53775907>.

30. CONADIC Guía para el promotor de “Nueva Vida”. (Citado 22 Nov 2016). Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf.

31. Cómo conocer los riesgos del consumo de alcohol - Prevención a la drogodependencia - Salud - Practicopedia.com. (Citado 24 Enero 2017). Disponible en: <http://salud.practicopedia.lainformacion.com/prevencion-a-la-drogodependencia/como-conocer-los-riesgos-del-consumo-de-alcohol-11920>.

32. Duarte López Luis Alberto, Gutiérrez Karina, Silva Merino Isabel; BUAP H. Puebla de Z., a 10 de diciembre de 1999. Las Drogas- Monografias.com. (Citado 28 Enero 2017). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos2/lasdrogas/lasdrogas.shtml>.

33. Revista contra el viento. Marihuana, efectos, consecuencias y adicción; las-drogas.com. (Citado 09 Sep 2016); Disponible en: <http://las-drogas.net/marihuana/>

34. Gonzáles Matías, Guadagna Maximiliano, París Tomás, Parra Sol. Documento sobre adicciones. (Citado 15 Dic 2016); Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos12/adicci/adicci2.shtml>.
35. Estudio Universitarios-2012 Editado_15nov13 pg 128. Observatorio Interamericano sobre drogas. (Citado 10 Ene 2017); Disponible en:
http://www.uma.edu.sv/principal/investigacion/investigaciones/invs_conj/ccjj1/files/assets/basic-html/page128.html
36. Barragán Díaz Melcy Johana. Tesis Doctoral Sobre Los Factores De Riesgo Que Consideran Los Escolares Inciden En El Consumo De Drogas Ilícitas En Adolescentes 2010. (Citado 15 Ene 2017); Disponible en:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9680/tesis19-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
37. CONSEP-OND. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Observatorio Nacional de Drogas. (2013). Cuarta encuesta Nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Quito-Imprenta Full Color. Disponible en:
http://www.prevenciondrogas.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/investigaciones-ond/resumen_ejecutivo_4ta_encuesta_a_estudiantes_2012.pdf.
38. Dirección Nacional del Observatorio de Drogas-CONSEP (2014). IV estudio nacional sobre el uso de drogas en población de 12 a 65 años. Informe de investigación. Disponible en: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-poblaci%C3%B3n-de-12-a-65-a%C3%B1os.pdf>.
39. CONSEP, OED, CICAP-OEA, ONUDD, (2007). Informe del estudio nacional a hogares sobre consumo de drogas. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos-Quito, Ecuador. Disponible en: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Tercera-Encuesta-Nacional-sobre-consumo-de-drogas-en-hogares.pdf>.
-

40. COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO Y VIDA SIN DROGAS. (2012). Encuesta nacional consumo de drogas. Población general. Perú 2010. Informe ejecutivo. GMC Digital SAC. Lima-Perú. Disponible en: <http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/12/Informe-Ejecutivo-Encuesta-Nacional-sobre-Consumo-de-Drogas-en-Poblaci%C3%B3n-General-Per%C3%BA-2010.pdf>.
41. Gobierno Nacional de la República de Colombia, (2014). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013. ALVI Impresores S.A.S-Colombia; Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf.
42. Gable, RS. (2006). Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction*, 99, 686–696 ; Disponible en: <https://parazite.pp.fi/psychoactives/acute.lethal.toxicity.pdf>.
43. Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet* 2007; 369: 1047–53. Disponible en: <http://dobrochan.ru/src/pdf/1109/lancetnorway.pdf>.
44. Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*; 376: 1558–65. Disponible en: <http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/News%20stories/dnutt-lancet-011110.pdf> .
45. Gómez Rodríguez, D.T., Gutiérrez Herrera, M. y Londoño; S.P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1)-45-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904003.pdf> .
46. UNODC; (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. CEDRO-UNODC-San Isidro, Lima. Disponible en:

http://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf.

47. Bueno, S., Solórzano, D. (2009). El nivel de consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de la Universidad del Azuay, (tesis). Universidad del Azuay-Cuenca. Disponible en:

<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1191/1/07198.pdf>.

48. Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. (2014). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador. Disponible en:

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf .

49. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud, (2012). Encuesta nacional de adicciones 2011. Alcohol. México DF, México: INPRFM; Disponible en:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf.

50. Pons Diez, J., Bejarano Peiratz, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Plan Nacional Sobre Drogas-Madrid. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>.

51. Uribe Alvarado, J.I., Verdugo Lucero, J.C., Zacarías Salinas, X. (2011). Relación entre la percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Psicología y Salud, Vol. 21, Núm. 1: 47-55. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/586/1012>

52. Sánchez-Sosa, J.C.; Villarreal-González, M.E.; Ávila Guerrero, M.E.; Vera Jiménez, A.; Musitu, G. Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en

adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, vol. 23, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 69-78. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179830185008.pdf>

53. Secades Villa, R., Fernández Hermida, J.R., Villacampa Casillas, F. (2001). Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio Oviedo. Ayuntamiento de Oviedo-Asturias. Disponible en: http://www.proyctohombreastur.org/fotos/estudio_oviedo.PDF

54. CISMIL. GPA. (2006). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estado de situación 2006. Provincia del Azuay. Cuenca: AECI/CONCOPE/ONU. Disponible en: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/pubsio/pubsio_R007.PDF.

55. Muñoz Astudillo, M.N., Gallego Cortés, C., Wartski Patiño, C.I., & Álvarez Sierra, L.E. (2012). Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Index de Enfermería*, 21(3), 136-140. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-1296201200020000>

56. ONU, (2003). El deporte como instrumento de prevención del uso indebido de drogas. Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito. PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS Núm. de venta: S.02.XI.11. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_sport_spanish.pdf

7.2 ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Provincia..... Cantón.....Parroquia.....Fecha:.....

Usted está invitado a participar en un estudio de investigación con el Tema “Factores que influyen al consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios de los Centros de Rehabilitación CENTERAVID Y CETAC Cuenca, 2016”

“Una de las principales problemáticas dentro de nuestra sociedad, es el consumo de alcohol y drogas que se convierte en una Adicción es decir, la dependencia a estas sustancias, se da por diferentes razones, tales como; familias disfuncionales, sin límites, sin jerarquías, sin comunicación, migración, problemas sociales, de trabajo, o por simple curiosidad, es un modo de ponerse alegre.”

Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que puede ayudar a otras personas en el futuro.

Nos dirigimos hacia usted porque es un usuario adicto y con su vivencia podemos relacionar los factores que influyen al consumo de dichas sustancias; Siendo este el propósito de nuestra investigación.

El objetivo de esta encuesta es recolectar información sobre su experiencia. Las entrevistadoras capacitadas pasarán por su asiento para hacerle llegar una encuesta que deberá ser llenada por usted, con preguntas claras a cerca de sus experiencias personales con el uso de alcohol y drogas.

La encuesta que se realizará durará alrededor de 20 minutos.

La participación del grupo de estudio no tendrá costo ni pago alguno. Su participación es voluntaria. Usted tiene derecho a responder las preguntas que desee. Si por alguna razón usted decide no participar de este estudio o no responder algunas de las preguntas que le haremos, esta decisión de ninguna manera le afectará.

La información que usted proporcione es absolutamente confidencial. Asumimos este compromiso, e implementaremos todos los recaudos necesarios (por



ejemplo, mediante codificación de los registros y el mantenimiento de estos registros en un lugar seguro).

No incluiremos ninguna información que pueda hacer posible su identificación en publicaciones o reportes posteriores.

Este estudio es dirigido por docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y estudiantes próximas a obtener el Título de Licenciadas en Enfermería.

Por favor, tómese su tiempo para decir y pida al personal del estudio explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda. Para obtener mayor información sobre el estudio puede dirigirse a la encuestadora.

Declaración de Consentimiento:

He leído atentamente y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio y estas preguntas fueron contestadas y estoy de acuerdo con las respuestas. Voluntariamente acepto participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que esto signifique ningún perjuicio para mí. Firmando este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

.....

Firma

Fecha: /.... /....

Si la persona no acepta participar, por favor explique por qué.

.....

ENCUESTA

A continuación se presentan una serie de preguntas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas, etc.), para ellos necesitamos que responda con sinceridad y honestidad. No hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son válidas. Queremos su primera reacción, garantizada por el anonimato.

Encierre en un CÍRCULO (o) el número donde corresponda su respuesta.

1. DATOS GENERALES							
Edad		Sexo	Masculino	1	Femenino	2	N° Ficha
Barrio donde vive			Nombre del Centro de Rehabilitación				
Escolaridad	Ninguna	1	Ocupación	Estudiante	1		
	Primaria	2					
	Secundaria	3		Empleado Público	2		
	Superior	4					
Estado Civil	Soltero	1		Empleado Privado	3		
	Unión Libre	2				Profesional Independiente	4
	Casado	3		Jubilado	5		
	Divorciado	4				Labores del hogar	6
	Viudo	5		Ninguno	7		

2. En su opinión ¿Cuál droga es la más peligrosa?

Depresoras (Alcohol, heroína)	1	Alucinógenas (Base de Coca, Éxtasis)	2
Estimulantes (Marihuana)	3	Todas	4

3. ¿A qué edad inicio el consumo?**4. En su opinión ¿Las personas consumen drogas cuando se sienten deprimidos o ansiosos?**

SI	1
NO	2

5. ¿Quién le ofreció su primera droga?

Amigo(a)	1	Vecino (a)	6
Hermano(a)	2	Cuñado (a)	7
Enamorado(a)	3	Papá	8
Primo(a)	4	Mamá	9
Tío (a)	5	Otros	10

6. ¿Qué sustancia consumía frecuentemente?

7. ¿Cuándo estaba bajo los efectos de las drogas era agresivo?

SI	1
NO	2

8. ¿Con qué frecuencia existían discusiones, peleas en el hogar?

Siempre	1	A veces	3
Casi siempre	2	Nunca	4

9. ¿Cómo consideraba la relación con su familia?

Buena	1
Regular	2
Mala	3

10. ¿Alguno de sus padres, esposa/o, enamoradas/os han tenido problemas por consumo excesivo de drogas?

SI	1
NO	2

11. ¿En el lugar donde usted vive es fácil conseguir estas sustancias?

SI	1
NO	2

12. ¿Consumía frecuentemente estas sustancias?

SI	1
NO	2

13. ¿Cuándo se sentía triste o tenía problemas a quien solía acudir por un consejo?

Papá	1	Amigos	4
Mamá	2	Profesional	5
Hermanos	3	Ninguno	6

14. En su opinión ¿Cuáles son las razones principales para que una persona consuma las diferentes clases de drogas?

Para olvidar los problemas preocupaciones	1	Presión o influencia de los amigos	6
Para sentirse bien	2	Abandono de los padres	7
Para experimentar nuevas sensaciones	3	Problemas económicos	8
Por placer	4	Falta de cariño y apoyo	9
Problemas en el hogar(violencia)	5	Todas	10

15. ¿Es importante para usted, el cuidado de su salud y su cuerpo?

SI	1
NO	2

16. ¿Qué hace en sus momentos libres?

Deporte	1	Ver películas	3
Leer	2	Otras actividades	4

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 3

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Grupo etario	Edad en años	Numérica.
Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.	Biológico	Género	Masculino Femenino
Escolaridad	Período de tiempo que un alumno asiste a un centro educativo para estudiar y aprender.	Social	Instrucción	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña el ciudadano y que le genera recursos económicos.	Social	Tipo	Estudiante Empleado público Empleado Privado Profesional Independiente



				Jubilado Labores del hogar Ninguno
Residencia	Lugar en el que vive actualmente una persona.	Social	Región	Urbana Rural
Estado civil	Situación civil del ciudadano al momento de realizar la encuesta.	Social	Situación	Nominal Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo
Tipo de sustancias	Sustancias tóxicas y nocivas para la salud, pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía, tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones.	Social	Tipos de Sustancias	Depresoras (Alcohol, heroína) Alucinógenas (Base de cocaína, Éxtasis y Crack) Estimulantes



				(Marihuana)
Factores que influyen al consumo	Son los elementos, circunstancias, influencias, psicológicos, sociales, individuales, culturales y familiares que contribuyen a producir al consumo en los individuos.	Social	Psicológicos, Individuales, Sociales, Familiares, y Culturales.	SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO SI / NO
Factor Psicológico	Las teorías psicológicas creen que hay unos rasgos de personalidad característicos o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica para caer en la adicción.	Psicológica	Problemas de indisciplina Baja Autoestima Depresión	Siempre Casi siempre Nunca SI / NO SI / NO
Factores Individuales	Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, etc.	Individual	Necesidad de experimentar sensaciones nuevas Necesidad de independencia Deterioro de la imagen	SI / NO SI / NO SI / NO

Factores Sociales	Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar.	Social	Fácil disponibilidad de drogas Pertener a un grupo de amigos	SI / NO SI / NO
Factores Familiares	Son aquellos factores del ambiente familiar (relación entre los padres y con los hijos, formas de educar, conflictos,) puede interactuar de múltiples maneras, lo cual resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad.	Familiar	Relación Familiar Violencia Intrafamiliar	Buena Regular Mala SI / NO
Factores Culturales	La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras.	Cultural	Problemas de consumo excesivo de drogas en sus padres	SI / NO